



# Een patiënt met thrombocytopenie: wat moet ik daar mee?

R.A.Th. Gortzak<sup>1</sup>P.C. Huijgens<sup>2</sup>

Een 28-jarige man wordt verwezen voor verwijdering van elementen 18 en 48. Uit de anamnese blijkt dat patiënt bekend is met een thrombocytopenie. Dit kan leiden tot een verhoogde bloedingsneiging. Ingegaan wordt op de tandheelkundige behandeling van deze patiënt en het belang van overleg vooraf met de behandelend arts (hematoloog) hierover, ten einde nabezwaren, zoals nabloeden zoveel mogelijk te voorkomen.

GORTZAK RATH, HUIJGENS PC. Een patiënt met thrombocytopenie: wat moet ik daar mee? Ned Tijdschr Tandheelkd 1999; 106: 459-460.

## Anamnese

Een 28-jarige man werd door zijn tandarts naar de kaakchirurg verwezen voor verwijdering van twee verstandskiezen. In de verwijsbrief werden geen andere gegevens vermeld dan: 'Gaarne verwijdering 18 en 48'.

Bij de vragen ten aanzien van de algemene gezondheid vermeldde de patiënt dat onlangs bij bloedonderzoek, in verband met een aanmelding als bloeddonor, was vastgesteld dat hij te weinig bloedplaatjes (thrombocytopenie) had. Daarom werd contact gezocht met de hematoloog. Het aantal bloedplaatjes bleek  $69 \times 10^9/L$  te bedragen (normaal is dit  $150-400 \times 10^9/L$ ). Aanvullende diagnostiek door middel van een beenmergonderzoek leidde tot de diagnose auto-immuunthrombocytopenie.

Op advies van de hematoloog werd gedurende drie opeenvolgende dagen dagelijks 1.000 mg methylprednisolon (Solu-Medrol<sup>®</sup>) intraveneus toegediend. De verwachting was dat hierdoor herstel zou optreden van het aantal thrombocyten, waardoor het verantwoord zou zijn om de verstandskiezen te verwijderen. Direct voorafgaande aan de verwijdering van de verstandskiezen werd volledigheidshalve nogmaals het aantal thrombocyten bepaald. Het aantal bleek

overeenkomstig te zijn aan dat van voor de toediening van Solu-Medrol<sup>®</sup>. De hematoloog vond het ondanks de thrombocytopenie toch verantwoord de verstandskiezen te verwijderen, mits de patiënt direct voorafgaand én aansluitend aan de behandeling werd behandeld met tranexaminezuur (Cyklokapron<sup>®</sup>) 100 mg/ml, gedurende een week 25mg/kg viermaal daags per os.

De behandeling van de verstandskiezen heeft verder zonder problemen plaatsgevonden. Patiënt kreeg zijn medicatie Cyklokapron<sup>®</sup>. De wondgenezing is ongestoord verlopen.

## Commentaar

Thrombocytopenie kan op diverse aangeboren en verworven aandoeningen berusten, die alle zijn terug te voeren tot een verminderde aanmaak of een versterkte afbraak van de thrombocyten (tab. 1) (Huijgens, 1996). Klachten van een verhoogde bloedingsneiging kunnen ontstaan bij minder dan circa  $100 \times 10^9/L$  thrombocyten. Wanneer de thrombocyten dalen tot een waarde onder de  $20 \times 10^9/L$ , ontstaan meestal spontane bloedingen. Hematomen en blauw-rode, niet wegdrubbare puntbloedinkjes (petechiën) worden dan

## Samenvatting

Trefwoorden:

- Extractie
- Bloedingsstoornis
- Thrombocytopenie

Uit 'de afdeling Mondziekten en Kaakchirurgie/Orale Pathologie en 'de afdeling Hematologie van het Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit/Academisch Centrum Tandheelkunde (ACTA).

Datum van acceptatie:

20 augustus 1999.

Adres:

Dr. R.A.Th. Gortzak

AZVU

Postbus 7057

1007 MB Amsterdam

Tabel 1. Oorzaken van een tekort aan bloedplaatjes.

Aanmaakstoornis	Leukemie Radio-/chemotherapie Aplastische anemie Beenmerginfiltratie door maligne cellen AIDS Effect van medicatie, infectie, alcohol
Abnormale verdeling	Miltvergroting
Verhoogde afbraak	Auto-immuniteit Antistoffen bij medicijngebruik Infecties zoals AIDS Diffuse intravasale stolling

Tabel 2. Lokale hemostase bij vaatwand- en bloedplaatjesafwijkingen.

- Geen middelen gebruiken die (lokale) vasodilatatie geven.
- Goede chirurgische hemostase met gedurende ten minste 30 minuten controle op effectiviteit.
- Toepassen van tranexaminezuur, 4 tot 6 maal daags spoelen met én doorslikken van 10 ml van de drank (Cyklokapron<sup>®</sup>).
- Vermijden van het gebruik van acetylsalicylzuur en andere NSAID's. Paracetamol is een goed alternatief.

(vaak) op de huid en in het mondslijmvlies gezien (Abraham-Inpijn, 1993). Tevens blijken deze patiënten bij navraag last te hebben van een verlengde bloedingstijd, bijvoorbeeld na tonsillenverwijdering, tand/kies-extracties of scheren. Bij een thrombocytenaantal lager dan  $10 \times 10^9/L$  kunnen levensbedreigende, spontane orgaanbloedingen optreden.

De besproken patiënt bleek te leiden aan een thrombocytopenie veroorzaakt door de aanwezigheid van antistoffen tegen de eigen thrombocyten, resulterend in een versterkte afbraak. Bij een thrombocytenaantal beneden de  $100 \times 10^9/L$  is de bloedingstijd in principe altijd verlengd. Echter de mate van verlenging van de bloedingstijd is niet maatgevend voor de te verwachten bloedingsneiging. Als vuistregel kan gesteld worden dat een thrombocytenaantal beneden de  $100 \times 10^9/L$  een verhoogde bloedingsneiging geeft bij invasieve ingrepen, maar dat bij goede lokale hemostase en het nemen van preventieve maatregelen, een invasieve tandheelkundige ingreep mogelijk is als het thrombocytenaantal groter of gelijk aan  $50 \times 10^9/L$  is. Dit gebeurt bij voorkeur in overleg met de hematoloog.

In de beschreven casus werd methylprednisolon (Solu-Medrol<sup>®</sup>) toegediend. Dit is een corticosteroïdenpreparaat dat is bedoeld om een kortdurende, snelle verhoging te bewerkstelligen van het thrombocytenaantal, zodat de geplande, invasieve behandeling onge-

stoord kan plaatsvinden. Omdat dit niet het gewenste effect had, werd de patiënt tevens behandeld met tranexaminezuur (Cyklokapron<sup>®</sup>). Dit middel remt in principe de fibrinolyse, maar heeft ook een bloedstelpingsbevorderende werking doordat het de afbraak (fibrinolyse) van eenmaal gevormde stolsels vertraagt, zodat de kans op nabloedingen bij een matig verlaagd thrombocytenaantal, zoals in onderliggende casus, wordt verkleind. In tabel 2 worden door de tandarts te nemen maatregelen beschreven bij patiënten met een vaatwand- en/of bloedplaatjesafwijking, in het geval van invasieve ingrepen en te verwachten slijmvliesbloedingen.

In het algemeen geldt dat de tandarts bij patiënten met verdenking op een bloedingsafwijking contact dient te zoeken met de behandelend hematoloog of de huisarts, om gezamenlijk tot een verantwoord behandelplan te komen, waarbij de kans op nabezwaren zoveel mogelijk wordt beperkt.

#### Literatuur

- ABRAHAM-INPIJN L. Inwendige geneeskunde voor de tandheelkunde. Houten/Zaventum: Bohn Stafleu Van Loghum, 1993.
- HUIJGENS PC. Hematologie en tandheelkunde. Deel II. Afwijkingen van vaatwand en bloedplaatjes. Ned Tijdschr Tandheelkd 1996; 103: 42-44.